



Lastensuojelun erityisyksikköön sijoitettujen lasten psykiatrinen oirehdinta, tarkkaavaisuus ja toimintakyky

Intensiivihoidojakson jälkeen kotiin palaavien ja sijaishuollossa jatkavien lasten ryhmien vertailu

TIMO PASANEN & KATI KATAJAMÄKI & SINIKKA MARTIKAINEN & TUIJA ÄSTEDT

Lastensuojelun ammattilaiset ovat huolissaan siitä, kyetäänkö lastensuojelussa vastaamaan lasten ja perheiden hoidon tarpeisiin. Psykiatristen oireiden lisäksi kielenkehityksen, keskittymiskyvyn ja oppimisvaikeuksien varhainen tunnistaminen ja kuntouttaminen ovat tärkeä osa lastensuojelulasten selviytymistä. Tutkimuksen perusteella voidaan arvella, että osa lastensuojelun erityisyksikköön sijoitetuista lapsista olisi hyötynyt jo vuosia aikaisemmin intensiivihoidon tyypisistä kokonaisvaltaisista tuesta.

.....

Johdanto

Lastensuojelun haaste

Lastensuojelun tehtävänä on vastata palvelujärjestelmässä varsin monenlaisiin lapsuuden ja perhe-elämän ongelmatilanteisiin (Pösö 2010). Lastensuojelun avo- ja sijaishuollon asiakkaiden kokonaismäärä on kasvanut tasaisesti viime vuosien ajan (Heino 2013). Huostaanottojen kokonaismäärän kasvu näyttää pysähtyneen, mutta kiireellisten ja tahdonvastaisten huostaanottojen suhteellinen määrä on lisääntynyt (Kuoppala & Säkkinen 2014). Huostaanottotilanne tuo näkyviin monella tapaa kuormitetun lapsuuden, joka heijastuu lasten psykososiaaliseen hyvinvointiin ja psyykkiseen oirehdintaan ja sitä kautta terveydenhuollon sekä lasten- ja nuorisopsykiatrian palvelujen tarpeeseen sijaishuollon aikana (Heino 2013).

Lastensuojelun toiminta kytkeytyy monen eri sosiaali- ja terveydenhuollon perus- ja erityistason järjestelmän sekä päivähoidon ja koulun toimintaan (Heino 2001; 2013). Lastensuojelua ja las-

tenpsykiatriaa pidetään usein viimesijaisina lasten ja perheiden auttamisen instituutioina, joiden piiriin lapset ja perheet ohjautuvat, kun muut auttamiskeinot ja perustason palvelut on käyty läpi. Lastensuojelu ja lastenpsykiatria toimivat samassa pirstaleisessa palvelujärjestelmässä, ja niillä on paljon yhteisiä asiakkaita (Enroos 2006). Lastenpsykiatrisen osastohoidon odotetaan nykyisin vastaavan lähinnä kriisihoidosta ja lyhytaikaisesta psykiatrisesta osastohoidosta. Lasten sosiaalitoimessa tapahtuvaa laitoshoidoa tulisi siten kehittää nykyistä terapeuttisemmaksi ja hoidollisemmaksi, koska suurella osalla lastenkoteihin sijoitetuista lapsista on vaikea-asteisia psyykkisiä häiriöitä (Sourander & Aronen 2014).

Tuoreessa kuntaliiton lastensuojelualan ammattilaisille tehdyssä kyselyssä ”kolme neljästä vastanneesta arvioi, että lastensuojelun asiakkaina on lapsia, jotka eivät ole lastensuojelun toimenpitein autettavissa” (Puustinen-Korhonen 2013, 40). Monissa vastauksissa tuli myös esille, että lastensuojelulapsen tai hänen vanhempansa voi olla

vaikea saada tarvitsemaansa mielenterveyspalvelua (Puustinen-Korhonen 2013). Lastensuojelun asiakkaina olevien lasten ja perheiden kohdalla on todettu monien eri ongelmien kietoutuvan tiiviisti toisiinsa (Hiitola 2008), joten tarvitaan moniulotteista ja asiakaslähtöistä lähestymistapaa lapsen ja perheen tukemiseksi (Puustinen-Korhonen & Pösö 2010). Erityisen vaativan lastensuojelun tehtäviä on suositeltu siirrettäviksi jokaiselle erityisvastuualueelle perustettavan lastensuojelun moniammatillisen osaamiskeskuksen vastuulle (Kananoja & al. 2013).

Kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten mielen-terveyden ongelmien erityisyys ja kokonaisvaltaisen hoidon tarve

Sekä kansainvälisessä että suomalaisessa tutkimuksessa on todettu kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten oirekuvan laaja-alaisuus ja heidän erityinen hoidon tarpeensa (Heino 2009; Hukkanen 2002; Kaivosoja 1996; Kitinoja 2005; Lehto-Salo 2011; Manninen 2013; Pasanen 2001; Shin 2005; Sullivan & van Zyl 2008). Sijoitettujen lasten psyykkisen oirehdivinnan on todettu muistuttavan monilta osin psykiatrisessa osastohoidossa olevien lasten oirehdivintaa (Hukkanen & al. 1997; Tarren-Sweeney 2008a; 2013). Toisaalta on korostettu, että kodin ulkopuolelle sijoitetut lapset muodostavat ryhmän, jonka tarpeet ovat ainutlaatuiset ja poikkeavat luonteeltaan muiden lastenpsykiatrian asiakkaiden tarpeista heidän erityisen taustansa vuoksi (Tarren-Sweeney 2007; 2008b; 2013; 2014). He kärsivät tyypillisesti ongelmista, jotka näkyvät turvattoman kiintymyssuhteen vaikutuksena ihmissuhteisiin, vaikeuksina vertaissuhteiden solmimisessa ja ylläpitämisessä, dissosiativisena ja ahdistuneena traumaperäisenä oireiluna, itsetuhoisuutena, ikätasoon sopimattomana seksuaalisena käyttäytymisenä, käyttäytymisen häiriöinä ja uhmakkuutena sekä aktiivisuuden ja tarkkaavuuden ongelmina (Tarren-Sweeney 2008a).

Sijoitettujen lasten psykiatrisen sairastavuuden prevalenssi vaihtelee eri tutkimuksissa ja eri menetelmin arvioiden 20–89 prosentin välillä (Egelund & Lausten 2009; Jozefiak & al. 2015; Lehto-Salo 2011; Pasanen 2001; Shin 2005; Tarren-Sweeney 2008b). ICD-10-tautiluokituksen mukaisista diagnooseista yleisimpiä kodin ulkopuolelle sijoitetuilla lapsilla ovat hyperkineettiset häiriöt, sosiaalisen vuorovaikutuksen häiriöt sekä toiminto- ja tunnehäiriöt (Egelund & Lausten 2009; Ford & al. 2007; Minnis & al. 2006). Diagnos-

tisten järjestelmien vaikutus hoitokäytäntöihin on ollut kriittisen keskustelun kohteena (DeJong 2010; El-Gabalawi 2014; Rutter 2011; Verhaeghe 2004; Wells 2014). Erityisesti kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten kohdalla on korostettu, että heidän kokemansa kumuloituvat vastoinkäymiset ja stressi saavat aikaan moninaiset oireet, jotka vaikuttavat lapsen kehitykseen kokonaisvaltaisesti ja joita on vaikea kategorisoida perinteisten psykiatristen diagnoosien avulla (DeJong 2010; Tarren-Sweeney 2013). Lapsuudessa alkanut, vakava ja pitkäkestoinen traumatisoituminen ilmenee moninaisena oirehdivintana ja täyttää monen eri psyykkisen häiriön kriteerit, jolloin erotusdiagnostiikka eri häiriömuotojen välillä voi olla vaikeaa (van der Hart & al. 2006; Wieland 2011).

Nykyiset hoitomuodot on suunniteltu erillisten häiriöiden hoitoon, eivätkä laajoista biopsykososiaalisista ongelmista kärsivät lastensuojelulapset välttämättä hyödy näistä hoidoista (Bellamy & al. 2010; Tarren-Sweeney 2010). He tarvitsevat suurempaa jatkuvuutta hoitonsa tueksi kuin tämänhetkiset lastenpsykiatriset hoitorakenteet pystyvät tarjoamaan (Minnis & al. 2006; Tarren-Sweeney 2010) ja monella eri systeemillä tasolla toimivia, toisiaan tukevia interventioita, jotka huomioivat lapsen laaja-alaisen oirekuvan erityispiirteet ja kehitysympäristön eri puolet (Tarren-Sweeney 2014). Lasten ja perheiden tilanteen vaativuuden vuoksi on todettu tarvittavan uudelleen traumatisoitumisen riskiä pienentäviä kokonaisvaltaisia hoito-ohjelmia (Sourander & al. 1997), kasvatuksellisen lähtökohdan ja psykiatrisen hoidon integroivaa hoitomallia (Pasanen 2001) tai yhdistelmähoitoa (Lehto-Salo 2011) sekä psykiatrisen ja kasvatustilan työntekijöiden tiivistä yhteistyötä (Haapasalo-Pesu 2012).

Lapsen ja perheen yksilöllisen tuen tarpeen huomioiva laitoshoido

Sijaishuoltopaikan valinnassa on huomioitava lasten väliset erot, erilaiset ominaisuudet ja haavoittuvuudet (Känkänen & Pösö 2009). Uudemmassa tutkimuksessa tukeva laitoshoido on todettu tehokkaaksi ja tarpeelliseksi hoitomuodoksi (Knorth & al. 2008) erityisesti voimakkaasti ulospäin oirehtivien lasten hoitamisessa (Knorth & al. 2007; Oosterman & al. 2007; Scholte & van der Ploeg 2000; Scholte & van der Ploeg 2006). On arvioitu, että lastensuojelulaitoksissa vuorovaikutus lasten kanssa pysyy tasaisemmin hyvänä, kun taas perhesijoituksissa esiintyy suurempaa vaih-

telua (Hiitola 2009). Laitoshoidon positiivisten vaikutusten tunnistamisen ohella on kaivattu tarkempaa tutkimusta siitä, mitkä tekijät laitoshoidossa vaikuttavat lapsen kehitystä tukevalla tavalla (Knorth & al. 2008).

Verrattaessa sijaishuollon jälkeen kotiin palavia ja sijaishuollossa jatkavia lapsia on todettu, että oppimishäiriöiset lapset viipyvät pidemmän aikaa sijaishuollossa (Wade & al. 2011) ja sijaishuollossa jatkavien lasten käytösoirehdinta on keskimäärin voimakkaampaa kuin kotiin palaavilla lapsilla (Fraser & al. 1996). Sijaishuollon katkeamisen riskiä on todettu lisäävän lapsen sijoittaminen myöhemmällä iällä, käyttäytymisen ongelmat ja toistuvat aikaisemmat sijoitukset (Oosterman & al. 2007; Scholte 1997; Ward 2009). Siten myös sijaishuollon ehkäisevä luonne olisi tunnistettava (Puustinen-Korhonen & Pösö 2010). Monitahoinen lapsen perheen ja lähiverkoston kanssa työskentely on tärkeä osa lastensuojelulaitosten kehittämistä (Geurts & al. 2012; Knorth & al. 2008; Puustinen-Korhonen & Pösö 2010) erityisesti, kun huomioidaan kotiuttamiseen liittyvät riskitekijät, kuten fyysisen kaltoinkohtelun uusiutumisen riski (Biehal 2007; Connell & al. 2008), vanhempien hoitamattomien mielenterveyden ongelmien vaikutukset (Bellamy 2008) ja lapsilla esiintyvien tunne-elämän ja käyttäytymisen ongelmien voimistumisen riski (Sinclair & al. 2005; Taussig & al. 2001).

Lastensuojelun ja -psykiatrian välimuodon palvelu: intensiivihoido

Helsingin Diakonissalaitoksen lapsi- ja perhetyön palvelualueella vuodesta 1999 toiminut intensiivihoido on metropolialueen lastensuojelun sijaishuollon erityisyksiköissä toteutettavaa kuntouttavaa hoitoa traumatisoituneille ja monimuotoisesti oirehtiville lapsille ja heidän perheilleen. Lapsilla esiintyy moninaista sisään- ja ulospäin suuntautuvaa sekä neuropsykiatrista oirehdintaa että erilaisia traumareagoinnin muotoja. Lisäksi enemmistöllä heistä on vakavia kouluvaikeuksia. (Kuvio 1.)

Intensiivihoidossa tarjotaan lapselle ja perheelle heidän yksilöllisten tarpeidensa mukaan suunniteltu kokonaisvaltainen hoitoprosessi, jossa hoidollinen, kasvatuksellinen ja psykiatrinen hoito keskittyvät samaan kasvuympäristöön. Osastohoidon rinnalla lapsella ja perheellä on mahdollisuus saada lasten- ja nuorisopsykiatrisia, psykologisia ja perheterapiapalveluita sekä tarpeen mukaan neuropsykologisia, kuvataide- ja toiminta-

SISÄÄNPÄIN SUUNTAUTUVA OIREHDINTA

Ahdistus ja masentuneisuus
Itsetuhoisuus

NEUROPSYKIATRINEN OIREHDINTA

Tarkkaavuuden ja ylivilkkauden häiriöt
Spesifit neuropsykiatriset oireyhtymät:
Asperger, Tourette, epätyypillinen autismi
Realiteettitajun hauraus tai psykoottisuus

ULOSPÄIN SUUNTAUTUVA OIREHDINTA

Impulssikontrollin vaikeudet:
Tulistuvuusherkkyys ja aggressiivisuus
Muut käytöshäiriöt
Päihteet

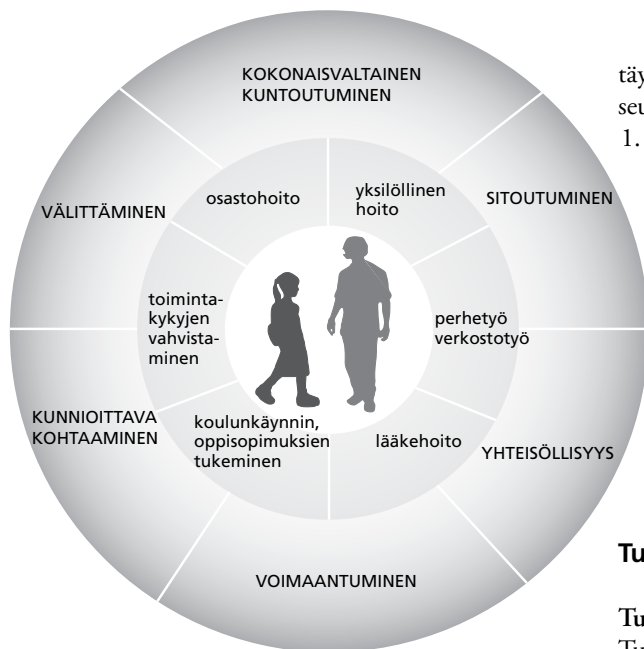
TRAUMATISOITUMISEEN LIITTYVÄ OIREHDINTA

Kiintymyssuhdetraumoihin liittyvät oireet
Traumaperäisen stressihäiriön oireet
Posttraumaattisen stressihäiriön oireet
Dissosiatiiviset oireet ja identiteetihäiriö

Kuvio 1. Intensiivihoidon sijoitettujen lasten oirehdinta.

terapiapalveluita. Mikäli lapsen koulunkäynnissä on suuria haasteita, voi oppimisvalmiuksien opettelu käynnistyä hoito-osastojen yhteydessä sijaitsevassa koulukuntouttavassa luokassa. Sen jälkeen lapsi voi niveltä sairaalakouluun ja sitä kautta nivelluokalle, sopivaan pienryhmäopetukseen (esy, emu, evy) tai yleisopetukseen (ks. Sophie Mannerheimin ja Espoon Keinumäen koulujen kotisivut). Perheterapeuttisella työskentelyllä ja perheen kuntouttamisella pyritään tukemaan lastensuojeluperheiden aktiivista osallisuutta hoidon vaikutusten aikaansaamisessa ja vahvistamaan lapsen luotettujen ihmissuhteiden jatkuvuutta. Tavoitteena on kokonaisvaltainen muutos lapsen ja perheen tilanteessa, jotta lapsen kehitys voisi jatkua turvallisesti kotona tai sopivaksi arvioidussa jatkohoitopaikassa. (Kuvio 2.)

Tutkimusajankohtana Helsingissä ja Espoossa oli intensiivihoitopaikkoja neljässä eri yksikössä, yhteensä 56 paikkaa. Lisäksi kahdessa eri yksikössä oli tarjolla laitosmuotoista intensiivihoidon jatkohoitoa, yhteensä 24 paikkaa (Helsingin Diakonissalaitoksen kotisivut; Pasanen 2001, liite 2.). Aikaisempien tutkimusten perusteella intensiivihoidon näyttäisi valikoituvan hoitomallin tavoitteiden mukaisesti voimakkaasti oirehtivia lapsia, jotka tarvitsevat intensiivihoidon tyyppistä tiiviistä terapeutista osastohoitoa. Tutkimustulosten mukaan 70–84 prosentilla intensiivihoidossa olevista lapsista on havaittu olevan vähintäänkin lievä psyykkinen häi-



Kuvio 2. Intensiivihoitomalli.

riö (Honkinen & Pasanen 2011; Pasanen 2001). Intensiivihoidosta tehtyjen tilastojen mukaan keskimäärin noin 30 prosenttia lapsista palaa hoitojakson jälkeen kotiin (Tilasto hoidosta lähteneistä...).

Tutkimuksen tavoitteet

Tutkimuksessa selvitettiin lastensuojelun erityisyksikkösijoituksen jälkeiseen perheen yhdistymiseen vaikuttavia tekijöitä vertailemalla intensiivihoidon jälkeen kotiin palaavien ja sijaishuollon piirissä jatkavien lasten ryhmiä hoidon aikaisen psykiatrisen ja neuropsykiatrisen oirekäyt-

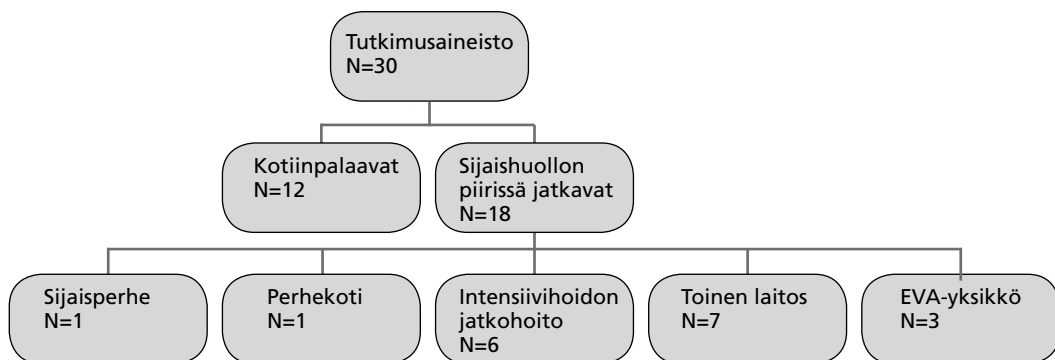
täytymisen suhteen. Tutkimushypoteesit olivat seuraavat:

1. Sijaishuollossa jatkavien lasten ryhmässä psykiatrisen ja neuropsykiatrisen oireprofiili on keskimäärin laaja-alaisempi ja heidän oirekäyttäytymisensä korjaantuminen vähäisempää intensiivihoidon aikana kuin kotiin palaavien lasten ryhmässä.
2. Sijaishuollossa jatkavien lasten ryhmässä esiintyy keskimäärin enemmän neurokognitiivisia erityisvaikeuksia, tarkkaavaisuuden häiriötä ja toimintakyvyn puutoksia kuin kotiin palaavien lasten ryhmässä.

Tutkimusaineisto ja menetelmät

Tutkimusaineisto ja aineiston keruu

Tutkimuksen osallistujat olivat kaikista neljästä intensiivihoidon yksiköistä ne 7–12 -vuotiaat suomea äidinkielenään puhuvat lapset, joiden hoito alkoi välillä 1/2007–3/2009 ja joiden huoltajilta saatiin suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Tutkimuslupa haettiin Helsingin, Espoon ja Vantaan kaupungeilta. Helsingin Diakonissalaitoksen eettinen toimikunta hyväksyi tutkimussuunnitelman, ja sektorin johtaja myönsi tutkimusluvan. Yhteensä kohderyhmän osallistujia oli 30. Heistä oli poikia 24 ja tyttöjä oli 6. Keskimäärin lasten ikä oli noin 10 vuotta (ka. 10 v 4 kk, kh. 1 v 9 kk) hoidon alkaessa. Tutkimuksessa verrattiin intensiivihoidon jälkeen kotiin palaavien (N = 12/40%) ja sijaishuollon piirissä jatkavien (N = 18/60 %) lasten ryhmiä (kuvio 3).



Kuvio 3. Tutkimusaineisto. EVA-yksikkö on erityisen vaikeahoitoisten alaikäisten psykiatrisen tutkimus- ja hoitoyksikkö. Intensiivihoidon jatkohoito on laitoshoidoa.

Menetelmät

Asiakirja-aineisto

Asiakirja-aineistona toimi hoidosta vastaavan lasten- tai nuorisopsykiatrin kirjoittama hoitoyhteenveto hoidon päättyessä. Yhteenvedon perusteella arvioitiin lapsen psyykinen vointi ja tuen tarve hoidon loppuvaiheessa. Kaksi psykologia luokitteli toisistaan riippumatta lapsen psyykkisen oirehoidon ja aikuisen tuen tarpeen kolmeen eri luokkaan: 1) selvästi lievittyneet, 2) lievittyneet monilta osin, mutta tarvitsee edelleen paljon aikuisen tukea, 3) voimakasta / erittäin voimakasta. Lapsen psyykkistä tilaa koskevien arviointien välille laskettiin kappa-kerroin (Fleiss & al. 1979), joka oli 0,80. Arvioijien koodaukset olivat samoja 26 lapsen ja erosivat 4 lapsen kohdalla yhden luokan verran. Näiden 4 lapsen kohdalla psyykkistä tilaa kuvaava pisteytys määrytyi konsensusanalyysin perusteella. Kappakertoimen perusteella arvioituna lapsen psyykkisen tilan arvioinnin luotettavuus oli hyvää tasoa.

Neuropsykologinen tutkimus ja keskittymiskysely

Lapsille tehtiin hoidon alussa laaja neuropsykologinen tutkimus. Lasten päättelytaitoja arvioitiin Wechslerin kouluikäisten älykkyystestistöllä (WISC-III, Wechsler 1999). Älykkyysosamäärät laskettiin erikseen kielellisen osan, suoritusosan ja koko testin osalta. Lasten tarkkaavuutta ja toiminnanohjaustaitoja tutkittiin lisäksi opettajan täyttämällä keskittymiskysely KesKyllä (Klenberg & al. 2010).

Kognitiivisia päättelytaitoja arvioitiin hoidon alussa WISC-III:n kielellisen puolen (yleistietous, samankaltaisuudet, laskutehtävät, sanavarasto ja yleinen käsityskyky, numerosarjat) ja suorituspuolen (kuvien täydentäminen, merkkikoe, kuvien järjestäminen, kuutiotehtävät ja kokoamistehtävät) osatehtävien standardipisteiden suhteen.

Keskittymisvaikeuksia tutkittiin opettajien täyttämällä Liisa Klenbergin ja kumppaneiden (2010) keskittymiskyselyllä hoidon alku- (1 kk) ja seurantavaiheessa (11 kk). Keskittymiskyvyn osa-alueina tarkasteltiin häiriöherkkyyttä, impulsiivisuutta, motorista levottomuutta, tarkkaavuuden suunnauttamista, tarkkaavuuden ylläpitoa, tarkkaavuuden siirtämistä ja toiminnanohjausta (aloitteellisuus, suunnittelu, toteutus ja arviointi). Tutkimuksessa käytettiin menetelmän kokonaistestipistemääriä. Kun pistemäärä oli 30 raakapistettä tai enemmän, lapsella todettiin keskittymisvaikeus.

Tilastollinen käsittely

Tutkimusaineistolle oli luonteenomaista, että jakaumat olivat vinoja ja ne poikkesivat normaalijakaumasta. Koska aineisto oli kooltaan pieni ja testatut logaritimuunnokset eivät saaneet aineistoa vastaamaan riittävästi normaalijakaumaa, suoritettiin aineistojen tilastollinen vertailu epäparametrisilla testeillä. Kahden ryhmän eroja jatkuvan muuttujan suhteen tutkittiin Mann-Whitney-testillä. Ristiintaulukoiden merkitsevyyksiä tutkittiin Fisherin tarkalla testillä. Alle 0,05 jääneet p-arvot tulkittiin tilastollisesti merkitseviksi ja p-arvot ilmoitettiin kolmen desimaalin tarkkuudella. Aineisto käsiteltiin tilastollisesti IBM SPSS Statistics 22 -tilasto-ohjelmalla.

Tulokset

Taustatiedot

Kotiin palaavien ja sijaishuollossa jatkavien lasten ryhmät eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi vanhempien sosioekonomisen statuksen, lasten sukupuolen, iän, hoidon keston, aikaisempien lastensuojelu- tai sairaalasijoitusten lukumäärän suhteen (taulukko 1). Yhtä lasta lukuun ottamatta kaikilla lapsilla oli taustassaan vähintään yksi lastensuojelu- tai sairaalasijoitus ennen intensiivihoidtoa. Runsaalla kolmasosalla lapsista (37 %) oli vähintään neljä aikaisempaa sijoitusta ja yhdellä lapsella 10 aikaisempaa lastensuojelu- tai sairaalasijoitusta.

Psykiatrinen oirekuva

Tarkasteltaessa kotiin palaavien ja sijaishuollossa jatkavien lasten psykiatrissa oirekuvaa hoidon aikaisten diagnoosien valossa (Tautiluokitus ICD-10) voidaan huomata, että molempien ryhmien lapsista enemmistöllä ensisijainen diagnoosi oli käytös- ja tunnehäiriöiden yhdistelmä (F92.8, F92.9, F92.0). Kotiin palaavien lasten ryhmässä esiintyi enemmän mieliala/tunnehäiriö-diagnooseja (F93.8, F93.9, F32.2), ilman käytöshäiriöpuolta. Kaikki laaja-alaiset kehityshäiriö-diagnoosit (F84.8, F84.9) koskivat sijaishuollossa jatkavia lapsia. Fisherin tarkalla testillä mitattuna diagnoosien jakautuminen ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevä (taulukko 2).

Hoidon aikaisen ensisijaisen diagnoosin laaja-alaisuutta ja kompleksisuutta kuvastaa osaltaan se, että enemmistöllä lapsista diagnoosiin oli sisällytetty monia eri oirekäyttäytymisen muotoja liitty-

Taulukko 1. Taustatiedot, tilastollinen ero kotiin palaavien ja sijaishuollossa jatkavien välillä Fisherin tarkalla testillä laskettuna, lukuun ottamatta M:llä merkittyä arvoa, joka on laskettu Mann-Whitney-testillä.

	Kotiin palaavat		Sijaishuollossa jatkavat		Kaikki		p-arvo
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Vanhempien työllisyys							
Työtön	3	(25)	8	(44)	11	(37)	0,245
Työssä	9	(75)	10	(56)	19	(63)	
Aikaisempien lastensuojelusijoitusten lukumäärä							
0	6	(50)	4	(22)	10	(33)	0,395
1–2	4	(33)	9	(50)	13	(43)	
3–6	2	(17)	5	(28)	7	(23)	
Aikaisempien sairaalajaksojen lukumäärä							
0	2	(17)	5	(28)	7	(23)	0,782
1–2	7	(58)	10	(56)	17	(57)	
3–6	3	(25)	3	(17)	6	(20)	
Sukupuoli							
Tytöt	4	(33)	2	(11)	6	(20)	0,184
Pojat	8	(67)	16	(89)	24	(80)	
Ikä hoidon alkaessa							
< 125 kk	7	(58)	8	(44)	15	(50)	0,710
≥ 126 kk	5	(42)	10	(56)	15	(50)	
Hoidon kesto kuukautta							
	ka/Md	(sd)	ka/Md	(sd)	ka/Md	(sd)	
	28,9/26,5	(10,1)	30,1/27,5	(10,9)	29,6/27,0	(10,5)	1,000 (M)

Lyhenteet: ka = keskiarvo, Md = mediaani, sd = keskihajonta

en tunne-elämään, käyttäytymiseen, traumatisoitumiseen ja neuropsykiatrisen oirehdintaan. *Käytös- ja tunnehäiriöiden yhdistelmä* -diagnoosin tarkentavassa kuvauksessa tuli esille sekä käyttäytymisen että tunne-elämän piirteitä, jotka liittyivät mm. lapsen eriytymiskehityksen keskeneräisyyteen ja regressioalttiuteen, lapsen uhmakkuuteen, rumaan kielenkäyttöön, impulsiivisuuteen, aggressiiviseen käyttäytymiseen, tuskaisuuteen, ahdistumisherkkyyteen ja alavireisyyteen, sulkeutuneisuuteen, itsetunnon haurauteen ja tunteiden tunnistamisen vaikeuteen. Sen lisäksi kuvauksessa tuli esille traumareagoinnin ja neuropsykiatrisen oirekuvan piirteitä, kuten traumatisoituminen, yleinen turvattomuus, pelokkuus, realiteettitajun hauraus, hahmottamisen, keskittymisen ja tarkkaavuuden ongelmat, oppimisvaikeudet, kommunikaatiovaikeudet, Tic-oireet, syömisoingemat ja moninaiset somaattiset oireet.

Mieliala-itunnehäiriö-diagnoosin tarkentavassa kuvauksessa näkyi lapsen tunne-elämän oirehdinnan, kuten omaehtoisuuden, arkuuden, mielialan ja itsetunnon ongelmien lisäksi myös oirekäyttämisen kompleksisuus, kuten traumatisoituminen, turvattomuus, pelokkuus, psyykinen hajanaisuus ja syömisoingemat.

Laaja-alainen kehityshäiriö -diagnoosi sisälsi laajan kirjon erilaisia oirekäyttämisen muotoja, jotka liittyivät mm. lapsen sosiaalisen kontaktin ja vuorovaikutuksen vaikeuksiin, mielialan vaihdoksiin, tunne-elämän kypsyttömyyteen ja erityislaatuisuuteen, arvaamattomaan ja aggressiiviseen käytökseen, psyykkisten rakenteiden hataruuteen, realiteettitauksen puutteisiin, harhoihin, aistihakuisuuteen, hieno- ja karkeamotoriikan vaikeuksiin, hahmottamisen ja tarkkaavaisuuden vaikeuksiin, puheilmaisun erityisyyteen, kognitiivisen tason laskuun, turvattuuteen, pelokkuu-

teen, kiintymyssuhdetraumoihin sekä muuhun traumatisoitumiseen liittyviin ylivireys- ja dissoasiaatio-oireisiin.

Tarkasteltaessa kotiin palaavien ja sijaishuollossa jatkavien lasten *neuropsychiatriasta oirekuvaava* hoidon aikaisten diagnoosien valossa voidaan huomata, että molempien ryhmien lasten enemmistöllä esiintyi yksi tai useampi neurologinen tai neuropsychiatrinen diagnoosi. Fisherin tarkalla testillä mitattuna diagnoosien jakautuminen ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevä (taulukko 2). Diagnostoituja kielenkehityksen ja oppimiskyvyn häiriöitä (F81.0, F81.1., F81.3, F81.9) ja tarkkaavaisuuden ja ylivilkkauden häiriöitä (F90.0) esiintyi kutakuinkin saman verran molemmissa ryhmissä. Sijaishuollossa jatkavilla lapsilla näytti esiintyvän enemmän vakavaa neuropsychiatriasta oirehdintaa, ja kaikki diagnosoidut laaja-alaiset kehityshäiriöt ja neurologiset häiriöt koskivat sijaishuollossa jatkavia lapsia.

Lasten oirekäyttäytymisen laaja-alaisuutta ja kompleksisuutta kuvastaa osaltaan lasten *saman-aikaissairastavuus*. Se oli molemmissa ryhmissä samankaltaista siten, että molemmissa ryhmissä kolmasosalla (33 %) lapsista oli kaksi diagnoosia ja kolmasosalla (33 %) 3–4 diagnoosia.

Sosioekonomisiin ja psykososiaalisiin olosuhteisiin liittyvä terveydenvaaroja kartoittava *Z-akseli* täyttyi kaikilla kotiin palaavilla ja sijaishuollossa jatkavilla lapsilla. Kotiin palaavista lapsista enemmistöllä (88 %) oli 2–3 Z-akselin diagnoosia ja sijaishuollossa jatkavien enemmistöllä (89 %) 2–4 Z-akselin diagnoosia.

Verrattaessa kotiin palaavien ja sijaishuollossa jatkavien lasten käyttämiä *lääkityksiä* voidaan todeta, että molempien ryhmien lapsista likipitään puolet oli käyttänyt joko ennen hoitoa tai hoidon aikana neuroleptilääkitystä. ADHD (tarkkaavuuden ja ylivilkkauden) -lääkitystä oli käyttänyt joka kuudes kotiin palaava ja joka kymmenes sijaishuollossa jatkava lapsi. Kotiin palaavista lapsista joka neljäs oli käyttänyt mielialälääkitystä, kun taas sijaishuollossa jatkavista lapsista kukaan ei ollut käyttänyt mielialälääkitystä. Sijaishuollossa jatkavista lapsista joka kuudes oli käyttänyt mielen-tasaajalääkitystä, kun taas kotiin palaavista lapsista kukaan ei ollut käyttänyt mielen-tasaajalääkitystä. Fisherin tarkalla testillä mitattuna lääkitysten jakautuminen ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevä (taulukko 2).

Hoitoprosessin kokonaismuutosta kuvaavan laadullisen arvioinnin mukaan kotiin palaavista lap-

sista runsaalla puolella psyykkisen oirehoidinnan arvioitiin selvästi lievittyneen hoidon aikana. Vajaalla puolella (42 %) lapsista oirehoidinnan arvioitiin kyllä lievittyneen monelta osin, mutta heidän arvioitiin myös tarvitsevan edelleen paljon aikuisen tukea. Sijaishuollossa jatkavista lapsista joka kymmenennellä oirehoidinnan arvioitiin selvästi lievittyneen, ja puolella lapsista oirehoidinnan arvioitiin kyllä lievittyneen monelta osin, mutta heidän arvioitiin myös tarvitsevan edelleen paljon aikuisen tukea. Sijaishuollossa jatkavien lasten joukossa oli myös paljon (39 %) lapsia, joiden oirehoidinnan arvioitiin olevan voimakasta tai erittäin voimakasta hoidon päättymisen vaiheessa. Fisherin tarkalla testillä mitattuna oirehoidinnan ero ryhmien välillä oli tilastollisesti merkitsevä (taulukko 2).

Kognitiivinen suoriutuminen, keskittyminen ja koulumuoto

Tarkasteltaessa kotiin palaavien ja sijaishuollossa jatkavien lasten *kognitiivista suoriutumista* voitiin todeta, että molempien ryhmien kielellinen osa, suorisosa ja kokonaissuoriutuminen oli keskimäärin ikäodotusten rajoissa, mutta vaihteluväli lasten kognitiivisissa päättelytaidoissa oli suuri. Mann-Whitney-testillä tarkasteltuna kotiin palaavien ja sijaishuollossa jatkavien lasten ryhmien kognitiivinen suoriutuminen ei eronnut toisistaan tilastollisesti merkitsevästi. Tutkimuksen lähtötasossa kotiin palaavista lapsista 17 prosentilla ja sijaishuollossa jatkavista 56 prosentilla kognitiivinen kokonaissuoriutuminen oli laaja-alaisiin oppimisvaikeuksiin viitaten vähintään yhden hannon alle keskitason ($\leq 85IQ$). Fisherin tarkalla testillä tarkasteltuna ero ryhmien välillä oli tilastollisesti merkitsevä ($p = 0,038^*$). Tarkasteltaessa kotiin palaavien ja sijaishuollossa jatkavien lasten *keskittymiskykyä* voitiin todeta, että molempien ryhmien lapsilla esiintyi paljon keskittymisen vaikeuksia. Mann-Whitney-testillä tarkasteltuna kotiin palaavien ja sijaishuollossa jatkavien lasten ryhmän keskittymiskyky ei eronnut tilastollisesti merkitsevästi. Hoidon alussa kotiin palaavista lapsista 75 prosentilla ja sijaishuollossa jatkavista 83 prosentilla tarkkaavaisuuden oirehdintaa kuvaava pistemäärä oli 30 raakapistettä tai enemmän (taulukko 3). Fisherin tarkalla testillä tarkasteltuna ero ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevä ($p = 0,455$).

Hoidon päättymisen vaiheessa lähes kaikki sekä kotiin palaavat että sijaishuollossa jatkavat lapset tarvitsivat erityisopetusta, kuten pienryhmää, ni-

Taulukko 2. Psykiatrinen oirekuva ja oirehdinta hoidon aikana. Tilastollinen ero kotiin palaavien ja sijaishuollossa jatkavien välillä on laskettu Fisherin -tarkalla testillä. Tilastollisesti merkitsevä ($p < 0,05$) ero on merkitty asteriskilla (*).

	Kotiin palaavat		Sijaishuollossa jatkavat		Kaikki		p-arvo
	N=12		N=18		N=30		
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Diagnoosit							
Tunne- ja käytöshäiriö	8	(67)	14	(78)	22	(73)	0,079
Mieliala-/tunnehäiriö	4	(33)	1	(6)	5	(17)	
Laaja-alainen kehityshäiriö	0	(0)	3	(17)	3	(10)	
Neurologiset ja neuropsykiatriset diagnoosit							
Ei diagnoosia	5	(42)	4	(22)	9	(30)	0,231
Kyllä, yksi tai useampi neurologinen/neuropsykiatrisen diagnoosi	7	(58)	14	(78)	21	(70)	
Puheen tuottamisen häiriö	0	(0)	1	(6)	1	(3)	
Lukemisen/kirjoittamisen erityisvaikeus	2	(17)	2	(11)	4	(13)	
ADHD	2	(17)	3	(17)	5	(17)	
Määrittämätön / monimuotoinen oppimiskyvyn häiriö	4	(33)	6	(33)	10	(33)	
Laaja-alainen kehityshäiriö	0	(0)	3	(17)	3	(10)	
Neurologinen häiriö: FAE, aivokontuusio, ylimääräinen y-kromosomi	0	(0)	3	(17)	3	(10)	
Lääkitys							
Neuroleptilääkitys	6	(50)	8	(44)	14	(47)	1,000
ADHD-lääkitys	2	(17)	2	(11)	4	(13)	1,000
Mielialalääkitys	3	(25)	0	(0)	3	(10)	0,054
Mielentasaajalääkitys	0	(0)	3	(17)	3	(10)	0,255
Nukahtamislääkitys	1	(8)	5	(28)	6	(20)	0,358
Astmalääkitys	1	(8)	1	(6)	2	(6)	1,000
Oirehdinta hoidon päättyessä							
Selvästi lievittynyt	7	(58)	2	(11)	9	(30)	0,006*
Lievittynyt, mutta tarvitsee edelleen paljon aikuisen tukea	5	(42)	9	(50)	14	(47)	
Voimakasta / erittäin voimakasta	0	(0)	7	(39)	7	(23)	

velluokkaa tai sairaalakoulua, koulunkäyntinsä tueksi. Fisherin tarkalla testillä mitattuna ryhmät eivät eronneet merkitsevästi toisistaan sen suhteen saivatko lapset yleis- tai erityisopetusta (taulukko

4). Enemmistö sairaalakoulussa tai sairaalakoulun koulukuntouttavalla luokalla olevista lapsista jatkoi sijaishuollossa.

Taulukko 3. Lapsen neurokognitiivinen suoriutuminen ja keskittyminen.

	Kotiin palaavat N=12			Sijaishuollossa jatkavat N=18			Kaikki N=30		p-arvo
	Kognitiivinen suoriutuminen (IQ)		Kuinka moni ≤ 85IQ	Kognitiivinen suoriutuminen (IQ)		Kuinka moni ≤ 85IQ	Kognitiivinen suoriutuminen (IQ)		
	ka/Md (sd)	Vaihteluväli	N (%)	ka/Md (sd)	Vaihteluväli	N (%)	ka/Md (sd)	Vaihteluväli	
Kognitiivinen suoriutuminen hoidon alkaessa									
Kielellinen osa	95,5/98,0 (14,2)	75–127	4 (33)	88,2/86,5 (18,8)	53–119	9 (50)	91,1/91,5 (17,2)	53–127	0,368
Suoritusosa	95,8/98,5 (14,5)	68–123	3 (25)	91,9/89,0 (22,2)	55–142	6 (33)	93,5/90,5 (19,3)	55–142	0,518
Kokonaissuoriutuminen	95,3/96,0 (13,2)	75–125	2 (17)	89,5/85,0 (18,7)	58–130	10 (56)	91,8/90,0 (16,7)	58–130	0,325
Keskittyminen			Kuinka moni ≥ 30 rp N (%)	Kuinka moni ≥ 30 rp N (%)					
Hoidon alussa	44,9/43,5 (27,1)	5–91	9 (75)	54,4/58,0 (26,6)	1–97	15 (83)	50,6/54,0 (26,8)	1–97	0,325
Seurantavaiheessa¹	40,1/34,0 (27,4)	5–86	6 (55)	46,4/35,5 (29,5)	4–105	9 (64)	43,6/34,0 (28,2)	4–105	0,647

¹ Seurantavaiheessa keskittymiskyselyyn osallistui 25 lasta, kotiin palaavista N=11 ja sijaishuollossa jatkavista N=14.

Tilastollinen ero kotiin palaavien ja sijaishuollossa jatkavien ryhmien välillä Mann-Whitney -testillä laskettuna. Lyhenteet: ka=keskiarvo, Md= mediaani, sd=keskihajonta, IQ=älykkyysosamäärä, rp=raakapistettä

Taulukko 4. Lapsen koulumuoto hoidon päättymisen vaiheessa.

	Kotiin palaavat N=12		Sijaishuollossa jatkavat N=18		Kaikki N=30		p-arvo
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Yleisopetus	2	(17)	1	(6)	3	(10)	0,347
Erityisopetus	10	(83)	17	(94)	27	(90)	
Pienryhmäopetus (esy, emu, evy)	4	(33)	6	(33)	10	(33)	
Nivelluokka	4	(33)	2	(11)	6	(20)	
Sairaalakoulu	1	(8)	4	(22)	5	(17)	
Sairaalakoulun koulukuntouttava luokka	1	(8)	5	(28)	6	(20)	

Tilastollinen ero kotiin palaavien ja sijaishuollossa jatkavien välillä Fisherin tarkalla testillä laskettuna.

Pohdinta

Intensiivihoitoon sijoitettujen lasten oirekuva oli laaja-alainen ja kompleksinen, diagnooseihin sisältyvien moninaisten oirekäyttämisen muotojen, samanaikaissairastavuuden ja psykososiaalisia stressitekijöitä kuvaavien Z-diagnoosien perusteella tarkasteltuna. Enemmistöllä lapsista esiintyi tunne-elämän, käyttäytymisen ja neuropsykiatrista oirehdintaa sekä erilaisia traumareagoinnin

muotoja, joiden taustalla oli voimakas psykososiaalisten riskitekijöiden kasautuminen. Huomionarvoisena täytyy pitää sitä, että yhdelläkään lapsella ei ollut pelkkää käytöshäiriö-diagnoosia. Lapsen toimintakykyä selvästi huonontava psykiatrinen häiriö on arvioitu olevan noin 10–15 prosentilla lapsista (Sourander & Aronen 2014). Siihen verrattuna kotiin palaavien ja erityisesti sijaishuollossa jatkavien lasten psykiatrinen oirehdinta oli voimakasta ja heijastui mm. heidän kognitiivi-

seen suoriutumiseensa, keskittymiskykyynsä ja sitä kautta koulunkäyntiinsä.

Ensimmäinen tutkimushypoteesi sai vahvistusta siltä osin, että intensiivihoitoprosessin vaikutavuus tuli selvemmin esille kotiin palaavien lasten ryhmässä, jossa oireprofiili ei näyttäytynyt yhtä laaja-alaisena kuin sijaishuollossa jatkavien lasten ryhmässä. Samasta aineistosta aikaisemmin tehdyn kyselylomaketutkimuksen (Honkinen & Pasanen 2011) mukaisesti enemmistöllä lapsista psyykkinen oirehdinta lievenyi hoidon aikana. Laadullisen arvioinnin perusteella näyttää kuitenkin siltä, että sijaishuollossa jatkavien lasten kohdalla oli enemmän niitä lapsia, joiden kohdalla hoitoprosessin aikana ei tapahtunut riittävän suurta muutosta ja lapsen oirehdinta oli voimakasta vielä hoidon päättymisen vaiheessa (vrt. Fraser & al. 1995). Osaltaan tätä saattaa selittää sijaishuollossa jatkavien lasten ryhmän erilainen neuropsykiatrinen oireprofiili. Heillä esiintyi enemmän laaja-alaisia neuropsykiatrisia häiriömuotoja ja laaja-alaisiin oppimishäiriöihin viittaavia vaikeuksia, joiden hoitaminen on vaikeampaa ja muutos hitaampaa (Kadzin 1987; Lehto-Salo 2011; Manninen 2013; Taylor & al. 1996; Wade & al. 2011). Toisaalta neuropsykiatrisesti oireilevat lapset saattavat olla myös alttiimpia kiintymyssuhdetraumoille ja kaltoinkohtelulle, jotka vahvistavat traumaperäisiä liitännäisoireita. Lasten vakavien traumaperäisten häiriöiden tunnistaminen ja diagnostiikka on vaikeaa, jolloin traumatisoituneiden lasten oireet voidaan tulkita väärin, eivätkä he saa asianmukaista hoitoa ja terapiaa (van der Hart & al. 2006; Wieland 2011).

Tarkasteltaessa sijaishuollossa jatkavien lasten sijoittumista intensiivihoidon jälkeen (kuvio 3) huomataan, että vaikka enemmistöllä sijaishuollossa jatkavista lapsista psyykkisen oirehinnan arvioitiin lieventyneen intensiivihoidon aikana, silti suurimman osan (89 %) heistä arvioitiin tarvitsevan tukevaa laitoshoidoa kasvunsa ja kehityksensä tueksi vielä intensiivihoidotuksen jälkeen. Kun otetaan huomioon yhtäältä vanhempien kuvaukset intensiivihoidon sijoitettujen lasten enemmistöllä varhaisvaiheista alkaen esiintyneistä monenlaisista kehityksen, käyttäytymisen ja sosiaalisen vuorovaikutuksen ongelmista (Pasanen & al. 2015a) ja toisaalta lasten perusturvattomuutta (Haapasalo & Repo 1998; Hodges & Tizard 1989) ja oirekäyttäytymistä (Tarren-Sweeney 2008b) vahvistavat toistuvat lastensuojelu- ja sairaalasijoitukset, voidaan kysyä, reagoiko lastensuojelun palvelujär-

jestelmämme liian hitaasti. Olisiko osalla lapsista jo vuosia aikaisemmin tehty sijoittaminen intensiivihoidon tyyppiseen kokonaisvaltaiseen hoito-ohjelmaan voinut mahdollistaa sen, että lapsen ja perheen moninainen hoidon ja tuen tarve olisi tullut riittävän varhaisessa vaiheessa tunnistetuksi ja kohdatuksi (vrt. Knorth & al. 2008; Kananoja & al. 2013; Puustinen-Korhonen & Pösö 2010; Tarren-Sweeney 2010; 2014)? Sijaishuollolla on todettu olevan suojaavia vaikutuksia lapsen tunte-elämän, käyttäytymisen ja kognitiivisen kehityksen kannalta (Haapasalo & Repo 1998; Sinclair & al. 2005; Tarren-Sweeney 2008b; Vorria & al. 1998; Wolkind & Rushton 1994).

Toinen tutkimushypoteesi sai osaltaan vahvistusta siten, että vaikka molemmissa ryhmissä esiintyi paljon neurokognitiivisia erityisvaikeuksia, keskittymiskyvyn häiriötä ja toimintakyvyn puutoksia, sijaishuollon lasten ryhmässä niitä näytti esiintyvän useammin ja niiden kytkeytyminen muuhun laaja-alaiseen oirekäyttäytymiseen tuli selvemmin esille. Tarkasteltaessa kotiin palaavien ja sijaishuollossa jatkavien lasten kognitiivista profiilia voidaan todeta, että ryhmien kognitiiviset päättelytaidot eivät selvästi eronneet toisistaan. Huomiota herättää molemmissa ryhmissä suuri vaihteluväli lasten kognitiivisissa päättelytaidoissa; molemmissa ryhmissä oli lapsia, joiden kielellinen osa, suoriutuminen ja kokonaissuoriutuminen oli vahvasti ikätasoisista, toisaalta huolestuttavan monella lapsella kognitiivinen suoriutuminen jäi selvästi ikäodotuksia heikommaksi. Sijaishuollossa jatkavilla lapsilla kognitiiviset päättelytaidot jäivät kotiin palaavia lapsia useammin laaja-alaisiin oppimisvaikeuksiin viitaten (Närhi & Kuikka 2010) vähintään yhden hajonnan alle keskitason ($\leq 85IQ$). Yli puolella sijaishuollossa jatkavista lapsista esiintyi selviä viitteitä laaja-alaisista oppimisvaikeuksista. Kotiin palaavilla lapsilla niitä esiintyi 17 prosentilla, mikä vastaa suomalaisilla lapsilla keskimäärin todettua laaja-alaisen oppimisvaikeuksien esiintyvyyttä, 14:ää prosenttia (Kuikka & al. 2010). Hoidon päättymisen vaiheessa sijaishuollossa jatkavista lapsista useampi kävi vahvasti tuetussa koulukuntouttavassa sairaalaopetuksessa ja heillä esiintyi enemmän erilaisia neurologisia ja -psykiatrisia häiriöitä. Erityisesti sijaishuollossa jatkavien lasten ryhmässä näytti olevan paljon niitä lapsia (vrt. Wade & al. 2011), jotka tulevat tarvitsemaan useiden vuosien ajan tiivistä tukea oppimiskykyynsä ja koululaistaitojensa vahvistamiseksi ja sitä kautta syrjäytymiskehityksen välttämiseksi.

Tarkasteltaessa kotiin palaavien ja sijaishuollossa jatkavien lasten *kognitiivisten taitojen osaprofiileja* ei voitu havaita eroa kielellisten ja visuaalisten päättelytaitojen osalta, mikä vastaa aikaisempien tutkimusten tuloksia (Katajamäki 2015; Pasanen 2001). Huomion arvoisena voidaan pitää kuitenkin sitä, että kotiin palaavista lapsista joka kolmannella ja sijaishuollon lapsista joka toisella kielellisen osan pistemäärä jäi yhden hajonnan alle keskitason (≤ 85 IQ) ottaen huomioon, että kielellisillä vaikeuksilla on todettu olevan yhteyttä impulssikontrollin puutoksiin, psykiatriseen oirehintaan sekä myöhempään epäsosiaaliseen ja rikolliseen käyttäytymiseen (Hinshaw 1992; Manninen 2013; Moffitt 2006). Lapsen kielenkehityksen ongelmat jäivät usein tunnistamatta, erityisesti käytöshäiriöisten lasten kohdalla (Sundheim & Voeller 2004). Tarkasteltaessa kotiin palaavien ja sijaishuollossa jatkavien lasten *keskittymiskykyä* voidaan huomata, että lastensuojelulapsia koskevien tutkimusten mukaisesti (Egelund & Lausten 2009; Ford & al. 2007; Katajamäki 2015; Lehto-Salo 2011; Manninen 2013; Pasanen 2001) molemmissa ryhmissä esiintyi erittäin paljon keskittymisvaikeuksia sekä hoidon alussa että seuranta-vaiheessa, eivätkä ryhmät eronneet toisistaan keskittymisongelmien suhteen. Se, että vain suhteellisen pienellä osalla (13 prosentilla) lapsista oli ollut ADHD-lääkitys, saattaa liittyä osaltaan lasten oireprofiilin laaja-alaisuuteen ja traumareagointiin (vrt. Tarren-Sweeney 2013). Toisaalta hoitokäytäntöjen muuttumisen ja tutkimustiedon myötä myös kompleksisten häiriöiden lääkehoito on kehittynyt tämän tutkimuksen ajankohdasta.

Tehdyssä rinnakkaistutkimuksessa (Pasanen & al. 2015b) vanhempien ja omahoitajien kyselylomakevastauksissa tuli samansuuntaisesti esille sijaishoidossa jatkavien lasten laaja-alaisempi oireprofiili kotiin palaaviin lapsiin verrattuna. Tämä ilmeni siten, että heillä esiintyi useammin samanlaisesti sekä voimakasta eksternalisoivaa ja internalisoivaa oirehintoa että erilaisia sosiaalisen vuorovaikutuksen vaikeuksia, realiteettitajun haurautta ja psykosomaattisia oiremuotoja. Neuropsykologisten tutkimusten tulokset laajensivat kuvaa sekä kotiin palaavien että erityisesti sijaishuollossa jatkavien lasten laaja-alaisen psykiatrisen oireprofiilin rinnalla vaikuttavista kielenkehityksen, keskittymiskyvyn, impulssikontrollin ja oppimiskyvyn osatekijöistä. Niiden tunnistamisella ja kuntouttamisella on tulevaisuudessa sekä ennaltaehkäisevässä lastensuojelussa että sijaishuollossa en-

tistä tärkeämpi osa lastensuojelulasten syrjäytymisriskin vähentämisessä (vrt. Katajamäki 2015; Korhonen 2010; Leskelä-Ranta 2010; Seppälä 2010). Erityisesti sijaishuollossa jatkavien lasten kohdalla tuli siten esille Michael Tarren-Sweeneyn (2008a; 2008b; 2013; 2014) tutkimuksissaan korostamia laaja-alaisia ja kompleksisia oirekäyttäytymisen muotoja, joiden kuntouttamisessa tarvitaan kokonaisvaltaisia hoitomalleja ja riittävän pitkäkestoisia hoitojatkumia. Sijaishuollon palveluiden kilpailutuksissa saatetaan kuitenkin luokitella kilpailutettavia palveluita varsin tarkkoihin kategorioihin esimerkiksi erottamalla lapsi- ja/tai nuorisopsykiatrisen osaaminen, käytöshäiriöisten lasten kuntoutus ja neuropsykiatrisen/vammaistyön tuntemus toisistaan (esim. Espoon, Kauniainen ja Vantaan kaupunkien lastensuojelun sijaishuollon palvelujen hankinta 2015; Loviisan kaupungin lastensuojelun sijaishuollon palveluiden hankinta 2015).

Kotiin palaavien osuus viittaa siihen, että myös lastensuojelun erityisyksiköissä perheen kanssa tehtävällä työllä voi olla suuri merkitys lapsen kuntoutumisen ja perheen yhdistymisen kannalta (Pasanen & al. 2015a). Perhetyö edellyttää kuitenkin kohtuullista etäisyyttä sijaispaikan ja kodin välillä (vrt. Tuloksellisuustarkastuskertomus 2012), tiivistä ja pitkäjänteistä työskentelyotetta ja joustavaa erilaisten perhetyön menetelmien hallintaa. Perhetyöllä on tärkeä merkitys myös osavanhemuuden tukemisen ja jatkosijoituksen hyväksymisen kannalta. Aikaisemmissa tutkimuksissa (Ekholm 2013; Valkonen & Pasanen 2012) todettiin, että intensiivihoidon jälkeen myös sijaishuollossa jatkavien lasten ryhmässä suhde vanhempiin oli vahvistunut hoidon aikana.

Tutkimuksen rajoituksena on pieni aineistokoko, joka on huomioitava tuloksia yleistettäessä. Lasten psykiatristen oireiden kuvailu diagnostisen luokittelun perusteella jättää yksityiskohtia huomiotta. Toisaalta koko hoitoprosessin ajan hoidossa tiiviisti mukana olevan psykiatrin tekemän diagnoosin voi olettaa kiteyttävän suhteellisen luotettavasti hoitoprosessin aikana kertyneen moninaisen tiedon lapsen psykiatrisesta tilasta. Kognitiivisten tutkimustulosten luotettavuuden lisäämiseksi maahanmuuttaja-asiakkaat rajattiin tutkimusaineiston ulkopuolelle. Heidän ottaminen mukaan tutkimukseen olisi tehnyt aineistosta todennäköisesti vielä moninaisemman.

Mikäli jatkossa pyritään löytämään tarkempaa tietoa laitoshoidon vaikuttavuuden mekanismeis-

ta (Knorth & al. 2008), tarvitaan lastensuojelun erityisyksikköhoitoprosessin aikaisten interventioiden (esim. terapioiden ja lääkehoidon) tarkempaa analyysia hoidon vaikuttavuuden osamekanismien tunnistamiseksi ja vakioimiseksi. Laaja-alaisesti oirehtivien sijaishuollon lasten ja heidän perheidensä tilanteiden monimutkaisuus ja ongelmien kietoutuneisuus asettaa suuria vaatimuksia myös tutkimusasetelmalle (vrt. DeJong 2010). Jatkossa tarvitaan moniulotteisia tutkimusasetelmia ja tarkempaa laadullista kuvausta lisäämään ym-

märrystä (vrt. Puustinen-Korhonen & Pösö 2010) haasteellisten hoitoprosessin vaiheista. Erityisyksiköihin asiakkaiksi valikoituvien lasten ja heidän perheidensä tarkempi tutkiminen voi auttaa myös luomaan palautejärjestelmiä ja ennaltaehkäiseviä lastensuojelutoimenpiteitä (Heino 2013). Asiakkaiden kokemusta vaativasta hoitoprosessista ei pidä myöskään sivuuttaa, jotta tulevaisuudessa kyetään entistä paremmin huomioimaan lasten ja perheiden moninaiset erityistarpeet.

Saapunut 27.1.2015
Hyväksytty 27.5.2015

KIRJALLISUUS

- Bellamy, Jennifer: Behavioral problems following reunification of children in long-term foster care. *Children and youth services review*, 30 (2008): 2, 216–228.
- Bellamy, Jennifer & Gopalan, Geetha & Traube, Dorian: A national study of the impact of outpatient mental health services for children in long-term foster care. *Clinical child psychology and psychiatry* 15 (2010): 4, 467–479.
- Biehal, Nina: Reuniting children with their families: reconsidering the evidence on timing contact and outcomes. *British Journal of Social Work* 37 (2007): 5, 807–823.
- Connell, Christian & Vanderploeg, Jeffrey & Katz, Karol & Caron, Colleen & Saunders, Leon & Tebes, Jacob: Maltreatment following reunification. Predictions of subsequent child protective services contact after children return home. *Child abuse & neglect*, 33 (2008): 4, 218–228.
- DeJong, Margaret: Some reflections of the use of psychiatric diagnosis in the looked after or "in care" child population. *Clinical child psychology and psychiatry* 15 (2010): 4, 589–599.
- Egelund, Tine & Lausten, Mette: Prevalence of mental health problems among children placed in out-of-home care in Denmark. *Child and family social work* 14 (2009): 2, 156–165.
- Eckholm, Elina: "Mä en olisi tässä nyt" Nuorten kokemusasiatuntijoiden mielipiteitä Helsingin Diakonissalaitoksen intensiivihoidosta. HDL raportti, 1/2013. https://www.hdl.fi/images/stories/liitteet/HDL_Raportti1_2013_Eckholm_netti.pdf (luettu 29.12.2014)
- El-Gabalawi, Fayes: Child and adolescent psychiatry: conceptual and diagnostic issues. S.13–34. Teoksessa Perring, Christian & Wells, Lloyd. (toim.): *Diagnostic dilemmas in child adolescent psychiatry*, philosophical perspectives. Oxford University Press: Oxford, 2014.
- Enroos, Rosi: Lastensuojelun sosiaalityöntekijän asiantuntijuus lastenpsykiatrian kanssa tehtävän yhteistyön rajapinnoilla. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan ja -työn laitos. Sosiaalityön pro gradu -tutkielma. Tammikuu 2006. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/93090/gradu00820.pdf?sequence=1> (luettu 15.5.2015).
- Espoon Keinumäen koulun kotisivut: <http://www.espoo.fi/keinumaenkoulu> (luettu 19.10.2014).
- Espoon, Kauniaisten ja Vantaan kaupunkien lastensuojelun sijaishuollon palvelujen hankinta 2015: Vantaa, Sosiaali- ja terveystoimi/ Perhepalvelut/ Viranhaltijapäätös § 39/2015, 05.05.2015.
- Fleiss, Joseph & Nee, John & Landis, Richard: Large sample variance of kappa in the case of different sets of raters. *Psychological Bulletin* 86 (1979): 5, 974–977.
- Ford, Tamsin & Vostanis, Panos & Meltzer, Howard & Goodman, Robert: Psychiatric disorder among British children looked after by local authorities: comparison with children living in private households. *The British Journal of Psychiatry* 190 (2007): 319–325.
- Fraser, Mark & Walton, Elaine & Lewis, Robert & Pecora, Peter & Walton, Wendel: An experiment in family reunification: Correlated of outcomes at one-year follow-up. *Children and youth services review* 18 (1996): 4–5, 335–361.
- Geurts, Esther & Boddy, Janet & Noom, Marc & Knorth, Erik. Family-centered residential care: the new reality? *Child and Family Social Work* 17 (2012): 2, 170–179.
- Haapasalo, Jaana & Repo, Anu: Sijoitettujen Lasten Kehitys: Katsaus Tutkimuksiin. Aiheita 36. Helsinki: Stakes, 1998.

- Haapasalo-Pesu, Kirsi-Maria: Sillan rakennusta lastensuojelulaitosten ja nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon välillä Satakunnan sairaanhoitopiirin alueella. S. 99–109. Teoksessa Timonen-Kallio, Eeva & Pelander, Tiina (toim.): Lastensuojelun ja psykiatrisen rajapinnoilla. Turku: Turun ammattikorkeakoulu, 2012.
- Hart, Onno van der & Nijenhuis, Ellert & Steele, Kathy: Vainottu mieli – rakenteellinen dissosiaatio ja kroonisen traumatisoitumisen hoitaminen. Helsinki: Traumaterapiakeskus, 2006.
- Heino, Tarja: Psykososiaalisten palvelujen hajaannuksen aika. S. 82–96. Teoksessa Bardy, Marjatta & Salmi, Minna & Heino, Tarja (toim.): Mikä lapsiamme uhkaa? Suuntaviivoja 2000-luvun lapsipoliittiseen keskusteluun. Raportteja 263/2001. Helsinki: Stakes, 2001.
- Heino Tarja: Lastensuojelun tilastot, asiakkaat ja palvelut. S. 97–98. Teoksessa Marjatta Bardy (toim.): Lastensuojelun ytimissä. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2013. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104421/URN_ISBN_978-952-245-853-7.pdf?sequence=1 (luettu 11.5.2015).
- Heino, Tarja (toim.): Erityinen lapsuus – erityinen yhteiskunnallinen vastuu. Mitä lastensuojelusta tiedetään ja mitä päätöksentekijän pitäisi siitä tietää? Taustamateriaalia sektoritutkimuksen neuvottelukunnalle. Stakes/Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2009. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77377/THL_selvitys1.pdf?sequence=1 (luettu 18.10.2014).
- Helsingin diakonissalaitoksen kotisivut: <https://www.hdl.fi/fi/> (luettu 20.10.2014).
- Hiitola, Johanna: Selvitys vuonna 2006 huostaanotetuista ja sijaishuoltoon sijoitetuista lapsista. Työpaperieita 21/2008. Helsinki: Stakes, 2008.
- Hiitola, Johanna: Erilaisin eväin huostassapidon jälkeen. Avauksia 15/2009. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2009.
- Hinshaw, Stephen: Externalizing behavior problems and academic underachievement in childhood and adolescence: Causal relationships and underlying mechanisms. *Psychological Bulletin* 111 (1992): 1, 127–155.
- Hodges, Jill & Tizard, Barbara: Social and family relationships of ex-institutional adolescents. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry* 30 (1989): 1, 77–97.
- Honkinen, Anna & Pasanen, Timo: Intensiivihoidon sijoitettujen lasten psyykinen oirehdinta ja sen muuttuminen hoidon aikana. *Yhteiskuntapolitiikka* 76 (2011): 3, 251–263.
- Hukkanen Raija: Psychosocial problems of children placed in children's homes. *Annales Universitatis Turkuensis. Series D* 524. Turun yliopisto, 2002.
- Hukkanen, Raija & Sourander, Andre & Bergroth, Lasse & Piha, Jorma: Behavior problems and sexual abuse in residential care in children's homes. *Nordic Journal of Psychiatry* 51 (1997): 4, 251–258.
- Jozefiak, Thomas & Sonnichsen Kayed, Nanna & Rimehaug, Tormod & Wormdal, Anne Kristine & Brubakk, Ann Mari & Wichstrøm, Lars: Prevalence and comorbidity of mental disorders among adolescents living in residential youth care. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2015. DOI 10.1007/s00787-015-0700-x (luettu 25.5.2015).
- Kadzin, Alan: Treatment of antisocial behavior in children: Current status and future directions. *Psychological Bulletin* 102 (1987): 2, 187–203.
- Kaivosoja, Matti: Pakko auttaa: tutkimus mielenterveyslain säätämisen heijastumisesta alaikäisten pakkoauttamiskäytäntöihin vuosina 1991–1993. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2, 1996.
- Kananoja, Aulikki & Lavikainen, Marjo & Oranen, Mikko: Toimiva lastensuojelu -selvitysryhmän lopputaloudet. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2013. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511574&name=DLFE-26809.pdf (luettu 20.10.2014).
- Katajamäki, Kati: Kognitiivinen taso sekä tarkkaavuus- ja toiminnanohjaustaidot 7–12-vuotiailla huostaan otetuilla lapsilla ja näiden taitojen muutoksen intensiivihoidon aikana. Julkaisematon käsikirjoitus, 2015.
- Kitinoja, Manu: Kujan päässä koulukoti: tutkimus koulukoteihin sijoitettujen lasten lastensuojeluasiakkuudesta ja kouluhistoriasta. Tutkimuksia 150. Helsinki: Stakes, 2005.
- Klenberg, Liisa & Jämsä, Sari & Häyrynen, Taru & Korkman, Marit: Keskittymiskysely. Helsinki: Psykologien kustannus Oy, 2010.
- Knorth, Erik & Harder, Annemiek & Zandberg, Tjalling & Kendrick, Andrew: Under one roof: a review and selective meta-analysis on the outcomes of residential child and youth care. *Children and Youth Services Review* 30 (2008): 123–140.
- Knorth, Erik & Klomp, Martin & van der Bergh, Peter & Noom, Marc: Aggressive adolescents in residential care: a selective review of treatment requirements and models. *Adolescence* 42 (2007): 167, 461–86.
- Korhonen, Tapio: Laaja-alaiset oppimisvaikeudet ja mielenterveydenongelmat. S. 110–120. Teoksessa Närhi, Vesa & Seppälä, Heikki & Kuikka, Pekka (toim.): Laaja-alaiset oppimisvaikeudet. Jyväskylä: Niilo Mäki Instituutti, 2010.
- Kuikka, Pekka & Närhi, Vesa & Seppälä, Heikki: Laaja-alaisen oppimisvaikeuksien tarkastelukulma. S. 28–40. Teoksessa Närhi, Vesa & Seppälä, Heikki & Kuikka, Pekka (toim.): Laaja-alaiset oppimisvaikeudet. Jyväskylä: Niilo Mäki Instituutti, 2010.
- Kuoppala, Tuula & Säkkinen, Salla: Lastensuojelu 2013. Tilastoraportti 26/2014. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2014. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116946/Tr26_14.pdf?sequence=5 (luettu 25.5.2015).
- Känkänen, Päivi & Pösö, Tarja: Lastensuojelun laitoshuollon vaikuttavuus. S. 28–34. Teoksessa Heino, T. (toim.): Erityinen lapsuus – erityinen yhteiskunnallinen vastuu. Mitä lastensuojelusta tiedetään ja mitä päätöksentekijän pitäisi siitä tietää? Taustamateriaalia sektoritutkimuksen neuvottelukunnalle.

- le 2009.
- Lehto-Salo, Pirkko: Koulukotisijoitus – nuoren toinen mahdollisuus? Mielenterveyden häiriöiden, oppimisvaikeuksien ja perheongelmien kirjo kehittämissaasteena. Jyväskylä: Jyväskylä University Printing House, 2011.
- Leskelä-Ranta, Anna-Elina: Erilaisia tapoja selviytyä – pitkä tie aikuisuuteen. S. 154–169. Teoksessa Närhi, Vesa & Seppälä, Heikki & Kuikka, Pekka (toim.): Laaja-alaiset oppimisvaikeudet. Jyväskylä: Niilo Mäki Instituutti, 2010.
- Loviisan kaupungin lastensuojelun sijaishuollon palveluiden hankinta 2015: Tarjouspyyntö 179/05.02.09/2015, 07.05.2015.
- Manninen, Marko: Koulukotiin sijoitettujen nuorten psykiatrinen oirekuva ja ennuste. Tutkimus 112. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2013.
- Minnis, Helen & Everett, Kimberley & Pelosi, Anthony & Dunn, Judy & Knapp, Martin: Children in foster care: Mental health, service use and costs. *European child & adolescent psychiatry* 15 (2006): 2, 63–70.
- Moffitt, Terrie: Life-course-persistent versus adolescence-limited antisocial behavior. S. 570–598. Teoksessa D. Cicchetti, & D. J. Cohen (toim.): *Developmental psychopathology*. Vol. 3. Risk, disorder, and adaptation. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc, 2006.
- Närhi, Vesa & Kuikka, Pekka: Laaja-alaiset oppimisvaikeudet heikon koulusuoriutumisen ja keskimääräistä heikomman älykkyyden näkökulmista. S. 70–85. Teoksessa Närhi, Vesa & Seppälä, Heikki & Kuikka, Pekka (toim.): Laaja-alaiset oppimisvaikeudet. Jyväskylä: Niilo Mäki Instituutti, 2010.
- Oosterman, Mirjam & Schuengel, Carlo & Slot, Wim & Bullens, Ruud & Doreleijers, Theo: Disruptions in foster care: A review and meta-analysis. *Children and youth services review* 29 (2007): 53–76.
- Pasanen, Timo: Lastenkodin asiakaskunta psykiatrinen tutkimus lastenkotilasten kehityksellisistä riski- ja suojaavista tekijöistä, oirehinnasta sekä hoidontarpeesta. Turun yliopisto: Sarja C. Scripta Lingua Fennica Editat, 2001.
- Pasanen, Timo & Katajamäki, Kati & Åstedt, Tuija: Ylisukupolvisten ja varhaisten riskitekijöiden sekä perheen toimintakyvyn yhteys perheen yhdistymiseen intensiivihoidon jälkeen. *Perheterapia* 2 (2015a): 22–38.
- Pasanen, Timo & Katajamäki, Kati & Åstedt, Tuija & Jaakkola, Irma: Lastensuojelun erityisyksikköön sijoitettujen lasten psyykkisen oirehinnaston laaja-alaisuus: intensiivihoidon jälkeen kotiin palaavien ja sijaishuollossa jatkavien lasten ryhmien vertailu. Julkaisematon käsikirjoitus (2015b).
- Puustinen-Korhonen, Aila: Lastensuojelun kuntakyselyn tulokset. Helsinki: Suomen kuntaliitto, 2013. <http://www.localfinland.fi/fi/Kuntaliitto/media/tiedotteet/2013/03/Documents/Lastensuojeluraportti.pdf> (luettu 20.11.2014).
- Puustinen-Korhonen, Aila & Pösö, Tarja: Toteutuuko lapsen oikeus pysyviin kasvuolosuhteisiin? Puheenvuoro lastensuojelun vaikuttavuudesta. *Lapsiasiavaltuutetun toimiston julkaisuja* 2010: 3. http://www.lskl.fi/files/299/Toteutuuko_lapsen_oikeus_pysyviin_kasvuolosuhteisiin_.pdf (luettu 18.10.2014).
- Pösö, Tarja: Havaintoja suomalaisen lastensuojelun institutionaalisesta rajasta. *Janus* vol. 18 (2010): 4, 324–336.
- Rutter, Michael: Research review: child psychiatric diagnosis and classification: concepts, findings, challenges and potential. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 52 (2011): 6, 647–660.
- Scholte, E.M.: Exploration of criteria for residential and foster care. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry* 38 (1997): 657–666.
- Scholte, E. M. & van der Ploeg, J.D.: Exploring factors governing successful residential treatment of youngsters with serious behavioral difficulties: findings from a longitudinal study in Holland. *Childhood* 7 (2000): 129, 129–153.
- Scholte, E. M. & van der Ploeg, J.D.: Residential treatment of adolescent with severe behavioural problems. *Journal of Adolescence* 29 (2006): 641–654.
- Seppälä, Heikki: Oppimisvaikeudet ja syrjäytymisen uhkakuvat. S. 14–26. Teoksessa Närhi, Vesa & Seppälä, Heikki & Kuikka, Pekka (toim.): Laaja-alaiset oppimisvaikeudet. Jyväskylä: Niilo Mäki Instituutti, 2010.
- Shin, Sunny: Need for and actual use of mental health services by adolescents in the child welfare system. *Children and youth services review* 27 (2005): 10, 1071–1083.
- Sinclair, Ian & Baker, Claire & Wilson, Kate & Gibbs, Ian: Foster Children. Where they go and how they get on. Lontoo: Jessica Kingley Publisher, 2005.
- Sourander, Andre & Aronen, Eeva: Lastenpsykiatria. S. 612–644. Teoksessa Lönnqvist, Jouko & Henriksson, Markus & Marttunen, Mauri & Partonen, Timo (toim.): *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim, 2014.
- Sourander, Andre & Hukkanen, Raija & Piha, Jorma: Mental health among children in children's homes and in psychiatric hospital. *Psychiatria Fennica* 28 (1997): 183–191.
- Sophie Mannerheimin koulun kotisivut: <http://www.hel.fi/hki/soph/fi/Etusivu> (luettu 20.10.2014).
- Sullivan, Dana & van Zyl, Michiel: The well-being of children in foster care: exploring physical and mental health needs. *Children and youth services review* 30 (2008): 7, 774–786. doi:10.1016/j.childyouth.2007.12.005.
- Sundheim, S.T.P.K. & Voeller, K.K.S.: Psychiatric implications of language disorders and learning disabilities: risk and management. *Journal of Child Neurology* 19 (2004): 814 – 826.
- Tarren-Sweeney, Michael: The Assessment Checklist for Children-ACC: A behavioural rating scale for children in foster, kinship and residential care. *Children and youth services review* 29 (2007): 5, 672–691.
- Tarren-Sweeney, Michael: The mental health of children in out-of-home care. *Current opinion in psychiatry* 21 (2008a): 4, 345–349.

- Tarren-Sweeney, Michael: Retrospective and concurrent predictors of the mental health of children in care. *Children and youth services review* 30 (2008b): 1, 1–25.
- Tarren-Sweeney, Michael: It's time to rethink mental health services for children in care and those adopted from care. *Clinical child psychology and psychiatry* 15 (2010): 4, 612–626.
- Tarren-Sweeney, Michael: An investigation of complex attachment- and trauma-related symptomology among children in foster and kinship care. *Child Psychiatry Hum Dev* 44 (2013): 727–741.
- Tarren-Sweeney, Michael: Our twenty-first century quest: locating effective mental health interventions for children and young people in care, and those adopted from care. S. 37–57. Teoksessa Tarren-Sweeney, Michael & Vetere, Arlene (toim.): *Mental health services for vulnerable children and young people. Supporting children who are, or have been, in foster care*. Oxon: Routledge, 2014.
- Taussig, H.N. & Clyman, R. B. & Landsverk, J.: Children who return home from foster care: A 6-year prospective study of behavioral health outcomes in adolescence. *Pediatrics* 108 (2001), e10. <http://pediatrics.aappublications.org/content/108/1/e10>. long (luettu 20.11.2014)
- Tautiluokitus ICD-10. Suomalainen uudistettu painos Maailman terveysjärjestön (WHO) luokituksesta ICD-10, 2. painos. Helsinki: Stakes, 1999.
- Taylor, Eric & Chadwick, Oliver & Heptinstall, Ellen & Danckaerts, Marina: Hyperactivity and conduct problems as risk factors for adolescent development. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 35 (1996): 1213–1226.
- Tilasto hoidosta lähteneistä lapsista ja nuorista vuosilta 2001–2009. Intensiivihoidon arkisto; seuranta-tilasto.
- Tuloksellisuustarkastuskertomus, lastensuojelu (2012): Valtion tarkastusviraston tarkastuskertomukset 6/2012. <http://www.e-julkaisu.fi/vtv/lastensuojelu/> (noudettu 15.10.2014)
- Valkonen, Maarit & Pasanen, Timo: Nuorten kokemuksia Helsingin Diakonissalaitoksen intensiivihoidosta. *Yhteiskuntapolitiikka* 77 (2012): 3, 302–309.
- Verhaeghe, Paul: On being normal and other disorders. A manual for clinical psychodiagnostics. New Hampshire: Apollo, 2004.
- Vorria, Panyioti & Rutter, Michael & Pickles, Andrew & Wolkind, Stephen & Hobsbaum, Angela: A comparative study of greek children in long-term residential group care and in two-parents families: I. Social, emotional, and behavioural differences. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry* 39 (1998): 2, 225–236.
- Wade, Jim & Biehal, Nina & Farrelly, Nicola & Sinclair, Ian: *Caring for Abused and Neglected Children: Making the Right Decisions for Reunification or Long-term Care*. London: Jessica Kingsley Publisher, 2011.
- Ward, Harriet: Patterns of instability: Moves within the care system, their reasons, contexts and consequences. *Children and Youth Services Review* 31 (2009): 10, 1113–1118.
- Wells, Kathleen: Placement of emotionally disturbed children in residential treatment: A review of placement criteria. *American Journal of Orthopsychiatry* 61, (1991): 3, 339–347.
- Wechsler, David: WISC-III, Wechslerin lasten älykkyyssasteikko. Helsinki: Psykologien Kustannus Oy, 1999.
- Wieland, Sandra: Dissociation in children and adolescents: what it is, how it presents, and how we can understand it. S. 1–27. Teoksessa Wieland, Sandra (toim.): *Dissociation in Traumatized Children and Adolescents – Theory and Clinical Interventions*. New York: Routledge, 2011.
- Wolkind, S. & Rushton, A.: Residential and foster family care. S. 252–266. Teoksessa Rutter, Michael & Taylor, Eric & Hersov, L. (toim.): *Child and Adolescent Psychiatry: Modern Approaches*. Oxford: Blackwell Scientific, 1994.

ENGLISH SUMMARY

Timo Pasanen & Kati Katajamäki & Sinikka Martikainen & Tuija Åstedt: Psychiatric symptoms, attention problems and cognitive performance in children placed in residential care: comparing children returning home with children remaining in foster or residential care after intensive residential treatment (Lastensuojelun erityisyksikköön sijoitettujen lasten psykiatrinen oirehdinta, tarkkaavaisuus ja toimintakyky: intensiiviboitojaksen jälkeen kotiin palaavien ja sijaishuollossa jatkavien lasten ryhmien vertailu)

This study examined the associations of children's psychiatric symptoms and cognitive performance with family reunion after residential treatment. The target group consisted of all Finnish-speaking children aged 7–12 admitted to intensive residential care at the Helsinki Deaconess Institute between January 2007 and March 2009. There were 30 participants, 24 boys and 6 girls. Family reunion was possible for 12 children, while

18 still needed foster or residential care after intensive residential treatment.

The children who remained in foster or residential care (N=18) had more severe psychiatric and neuropsychiatric symptoms and they seemed to have more severe learning disabilities than the children who returned home (N=12). In order to prevent them from becoming socially marginalised in the future, they will need effective and long-term mental health rehabilitation coupled with efforts to increase their learning abilities. Given these results one may ask whether these children and their families would have benefitted from an earlier initiation of comprehensive and intensive residential treatment focusing on family involvement.

Keywords: intensive residential treatment, complex symptomatology, comorbidity, learning disabilities, family reunion.